

ОСОБЕННОСТИ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Прусакова О.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Среди больных эпилепсией группа резерва родов составляет от 25% до 40%. Эпилепсия встречается примерно у одной из 200 беременных женщин, т.е. в 0,5% случаев всех беременностей [1] Эпилепсия - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, с которым приходится иметь дело акушерам. За последнее десятилетие в 4 раза возросло число беременностей и родов у женщин, страдающих эпилепсией [2]

Эпилепсия может осложнять течение беременности и приводить к развитию врожденных аномалий. При этом риск внутриутробной и неонатальной смер-

ти в 2-3 раза превышает таковой для населения в целом. Врожденные аномалии разной степени тяжести встречаются у 4-10% детей, матери которых страдают эпилепсией. Кроме того, у них часто наблюдаются снижение массы тела, замедление роста и нарушения когнитивных функций [3, 4, 5, 6].

Спектр вопросов, которые приходится решать лечащему врачу во время беременности у больных эпилепсией, чрезвычайно широк: каким будет взаимовлияние эпилепсии и беременности; особенности ведения родов; прогноз рождения здорового ребенка, вероятность развития у него эпилепсии. Учитывая многофакторность влияний, у врача возникают определенные трудности по тактике ведения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией.

Цель работы. Изучить особенности течения и осложнения родов у беременных женщин страдающих эпилепсией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 беременных женщин, страдающих эпилепсией в возрасте от 14 до 40 лет, проходивших стационарное лечение в роддоме №3 УЗ «Витебская клиническая городская больница скорой медицинской помощи» в период с 2005 по 2007 годы. Все женщины, страдающие эпилепсией, наблюдались в отделении пароксизмальных состояний Витебского областного диагностического центра.

Результаты и обсуждение. Все роды были в срок. Однако 29(97%) женщин проходили стационарное лечение в критические сроки для сохранения беременности. Роды через естественные родовые пути произошли у 23(77%), беременных женщин, страдающих эпилепсией. 7(23%) беременных были родоразрешены путем операции кесарево сечение в плановом порядке по показаниям со стороны матери (у 2 учащение эпилептических припадков в предродовом периоде, у 1 в связи с симптоматической эпилепсией на фоне объемного образования головного мозга). Быстрые роды произошли в 1(3%) случае, стремительных родов не наблюдалось. Разрыв промежности диагностирован в 2(6%) случаях. Послеродовое кровотечение у 1(3%) роженицы. Переливание компонентов крови в 1(3%) случае. Ни у одной из беременной не было диагностировано во время родов судорог. Респираторный дистресс-синдром у плода не был выявлен. Средняя масса плода 35370(масса при рождении <2500г у 1, 2500-4000г у 27, >4000г у 2). Оценка по шкале Апгар на 1 минуте <7 не диагностирована. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте ≥8 и более в 100% случаях. Перинатальная смертность – 0%. Врожденные пороки (тетрада Фалло (беременная отказалась от прерывания беременности) и не зарешение овального окна) – 2(6%).

Выводы.

1. С учетом же того, что у беременных, страдающих эпилепсией, по данным литературы в 3 раза чаще встречаются преждевременные роды, а у 25% развиваются стремительные роды [3, 4, 8], показана их госпитализация для проведения профилактических мероприятий по предупреждению преждевременных родов в сроке 34-35-и недель и в сроке 38-39 недель для подготовки к проведению родоразрешения.

2. При выборе места госпитализации беременных, страдающих эпилепсией, необходимо учитывать возможности лечебного учреждения в проведении реанимационных мероприятий для матери и ребенка, если такие потребуются.

3. Динамическое скрининговое УЗИ плода нужно проводить уже в сроке 11-12 недель трансвагинально (для исключения дефектов нервной трубки, в частности анэнцефалии, и решения вопроса, при необходимости, раннего прерывания

беременности) Целевое УЗИ плода необходимо провести в сроке 18-и недель, в этом случае дефекты нервной трубки могут быть исключены у 95% плодов. Для выявления врожденных пороков сердца показана эхокардиография плода в сроке 18-20-и недель. Это исследование позволяет обнаружить до 85% врожденных пороков сердца. Выявление лицевых мальформаций при УЗИ-скрининге возможно, но чувствительность этого метода пока не определена.

4. Учитывая риск развития врожденной патологии (все противосудорожные средства считаются потенциально тератогенными) обязательным является консультация генетика до 17 недель беременности.

Литература:

1. Nulman I, D Laslo and G.Koren. Treatment of Epilepsy in Pregnancy. Drugs, Apr; 57 (4): 535-544, 1999.
2. Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности. Методические указания № 2001/130. Москва. 2001. Власов П.Н. – докт дисс.2001.
3. Morrow J. The XX factor. Treating women with anti-epileptic drugs. National services for health. 2007.
4. Katz Ohad, Amalia Levy, Arnon Wiznitzer, & Eyal Sheiner. Pregnancy and perinatal outcome in epileptic women: A population-based study./The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. January, 19(1): 21-35, 2006.
5. Management Issues for Women with Epilepsy (American Academy of Neurology Guideline Summary for Clinicians)
6. O'Brien and S.K.Gilmour-White. Management of epilepsy in women./Postgrad Med J 81; 278-285, 2005
7. Pamela Crawford. Best Practice Guidelines for the Management of Women with Epilepsy/ Epilepsia, 46(Suppl 9):117-124, 2005.
8. Samren E B., van Duijn C M., Christiaens G.C. et al. Antiepileptic drug regimens and major congenital abnormalities in the offspring. Ann. Neurol., 1999; 46,739-46